Courrier du Medecin Vaudois

L'accident et les assurances

Revue de la
Société Vaudoise de Médecine

4
JUIN
2003

Editorial

LAA: nouveautés & TarMed blues

L'étiologie (notion médicale) s'efface devant l'«événement assimilé» (notion juridique): la nouvelle lecture de la «lésion assimilée» proposée par la jurisprudence n'est pas anodine. Elle élargit significativement la compétence administrative dans la désignation des lésions citées à l'article 9/2 OLAA. Elle amène également un subtil transfert de charges du secteur LAMal vers celui plus robuste de la LAA.

Arrêt de travail et invalidité pèsent à plus de 70% sur les prestations de la Suva. Une opération au bon moment, une réadaptation ciblée favorisent la guérison, activent le retour au travail et réduisent les séquelles. Les techniques d'évaluation fonctionnelle développées à la Clinique romande de réadaptation s'inscrivent dans cette logique. La récente métamorphose de l'austère inspecteur CNA en «coach pour cas complexes» aussi. En clair: le traitement médical est un investissement. La concertation intelligente entre assureur et médecin apporte une évidente plus-value.

Il y a bien entendu TarMed. Accident et maladie enfin soumis à la même structure tarifaire! L'apparente simplification accouche d'un catalogue amphigourique et prometteur d'empoignades. La «prestation intellectuelle» sera dorénavant débitée à la tranche, au détriment d'un acte chirurgical dévalorisé au point de dissuader le chirurgien d'opérer (bonjour les files d'attente!). Et que dire

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Prochaines parutions

N° 5/2003
22 août 2003
(délai rédactionnel:
11 juillet 2003)

N° 6/2003
9 octobre 2003
(délai rédactionnel:
29 août 2003)

Sommaire

1 Editorial

3 Dossier

Evaluation des aptitudes physiques liées au travail après un accident

Les lésions assimilées: un problème médico-juridique évolutif

New Case Management

8 Actualité

Informations

11 Billet du Président

12 Prévention

13 Centre de confiance

16 Calendrier médical vaudois

de cet impossible partage de la «dignité» qui sur fond d'Internet exhume d'archaïques querelles de barbiers et physiciens?

TarMed perturbe aussi les rapports jusqu'ici plutôt paisibles entre assureurs LAA et orthopédistes. Dommage que la proposition de la Société suisse d'orthopédie de travailler à une tarification chirurgicale réaliste vienne si tard. Et dommage que les assureurs LAA fixés sur les engagements pris par la FMH n'aient pas déchiffré le message de partenaires desservis par leur dissidence, mais incontournables sur le terrain. La fronde des orthopédistes laissera sans doute un goût amer. Accordons au moins à leur baroud le mérite d'avoir exposé des incohérences à corriger d'urgence... si l'on veut éviter l'escalade dans la dysfonction, l'effet pervers et l'affrontement. Situation connue, où tout le monde perd!

Dr L.A. Crespo, Vevey
Médecin-conseil Suva

Les Jeudis de la Vaudoise

Programme de formation continue

Septembre 2003-mai 2004

Jeudi 25 septembre 2003
«La mort à vivre…»

Jeudi 30 octobre 2003
Nouveautés en imagerie

Jeudi 27 novembre 2003
Néphrologie

Jeudi 29 janvier 2004
Hépatologie

Jeudi 19 février 2004
Infectiologie

Jeudi 25 mars 2004
Troubles anxieux

Jeudi 29 avril 2004
Pédagogie médicale, analyse d'incidents

Jeudi 27 mai 2004
Orthopédie

Renseignements: Commission de la formation continue
Société vaudoise de médecine, Rte d'Oron 1
CP 76, 1010 Lausanne
Tél. 021 651 05 05 – Fax 021 651 05 00
E-mail: formationcontinue@svmed.ch
Visitez notre site Internet: www.svmed.ch

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM
Dr Charles-A. Favrod-Coune, président
Dr Charles-Alexandre Steinhäuslin, vice-président
Dr Jean-Philippe Grob, secrétaire
Dr Jean-Marc Lambercy
Dr Philippe Munier
Professeur Alain Pécoud
Dr Bertrand Vuilleumier
Dr Lennart Magnusson

Comité de rédaction du *CMV*
Dresse Jacqueline Caillat
Dr Charles-A. Favrod-Coune
Dr Carlos Lima
Dr Jean-Pierre Randin
Dr Patrick-Olivier Rosselet
Dr Louis-Alphonse Crespo
Dr Georges Buchheim

Secrétariat général
P.-A. Repond, secrétaire général
Catherine Borgeaud, secrétariat de rédaction *CMV*

Société vaudoise de médecine
Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021 651 05 05
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021 651 05 00
E-mail: secgen@svmed.ch
Internet: www.svmed.ch

Fondation pour la garde médicale
S.O.S. – Médecin de garde
Tél. 021 213 77 77 (24 heures sur 24)
Abonnements de déviation et de télécommunications au service des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction
Case postale 76
1010 Lausanne 10

Régie des annonces
Suisse romande:
inEDIT Publications SA
Chemin des Jordils 40
Case postale 74 – 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021 695 95 95
Fax 021 695 95 51

Réalisation
inEDIT Publications SA

Dossier

Evaluation des aptitudes physiques liées au travail après un accident

La vitesse de cicatrisation d'une même lésion traumatique de l'appareil locomoteur change peu d'un patient à l'autre en l'absence de complications ou de co-morbidité physique (diabète par exemple). Par contre, après une même lésion traumatique de l'appareil locomoteur et à profession équivalente, le délai entre l'accident et la reprise du travail varie grandement d'un patient à l'autre. Ce délai est parfois conditionné par des facteurs personnels et contextuels sortant du champ médical, mais il est aussi fonction de la qualité de l'évaluation des aptitudes fonctionnelles faite par le médecin et les thérapeutes.

Lorsqu'on aborde la question de l'évaluation des aptitudes physiques au travail sur la base d'un simple interrogatoire et d'un examen physique de routine, il peut être très difficile d'établir celles d'un patient se plaignant d'une douleur persistante alors que sa fracture de dos ou de jambe est consolidée, et que son activité professionnelle est physiquement exigeante. Etant assez régulièrement confrontés à de telles situations, nous avons choisi d'aborder le problème de la façon suivante.

Lorsqu'un patient accidenté a achevé ou a quasi achevé la période de cicatrisation tissulaire, qu'il ne parvient pas à reprendre son travail pour des raisons apparemment médicales, et qu'une classique évaluation interdisciplinaire n'a pas montré de complication somatique ou de co-morbidité psychiatrique significative, il reste à apprécier si la rééducation peut apporter une sensible amélioration fonctionnelle. Si cela n'est pas le cas, il s'agit de répertorier les limitations ou «déficiences» physiques (examens médicaux; évaluation de l'ergothérapeute et du physiothérapeute) et tenter d'identifier les facteurs personnels ou socioprofessionnels pouvant favoriser ou constituer un obstacle à la réintégration professionnelle. Finalement, il faut encore apprécier les aptitudes fonctionnelles, soit les aptitudes à accomplir des tâches professionnelles. Sur ce dernier point, notre choix s'est porté en priorité sur une évaluation dans nos ateliers professionnels, évaluation parfois couplée à ce que nous avons nommé une «évaluation des capacités physiques liées au travail».

Evaluation aux ateliers professionnels (photos 1 à 3)

Cette évaluation fait appel à l'observation par des maîtres socioprofessionnels de la façon d'exécuter diverses tâches dans des ateliers professionnels comprenant divers secteurs (bois, métal, construction et bureautique). Le comportement (en particulier la faculté de faire face aux limitations fonctionnelles et à la douleur), la résistance au stress, l'endurance, la qualité des gestes accomplis, la qualité du travail, l'application des mesures de sécurité et la motivation à retourner au travail ou à retrouver une activité professionnelle sont parmi les éléments appréciés.

1. Atelier menuiserie.

2. Atelier fer.

3. Atelier bâtiment.

Evaluation des capacités physiques liées au travail (ECPLT)

C'est dans le bâtiment des thérapies qu'un physiothérapeute spécialement formé à cet effet mène une «évaluation des capacités physiques liées au travail» (ECPLT). Cette ECPLT débute par une anamnèse professionnelle fouillée visant à retracer le parcours professionnel et, si le patient a toujours un emploi, à préciser les exigences physiques des tâches à accomplir sur la place de travail. L'évaluation continue par un examen dirigé de l'appareil locomoteur et l'administration de questionnaires portant sur la douleur et le handicap fonctionnel subjectif. Suit une batterie de 29 tests reproduisant des activités fréquemment effectuées par un travailleur manuel: se tenir debout ou assis le tronc incliné en avant, soulever une charge du sol à hauteur de la taille (photo 4), soulever une charge de la taille à hauteur des yeux, travailler avec les mains au-dessus de la tête, porter une charge d'une main, porter une charge à deux mains, monter et descendre d'une échelle, s'accroupir à plusieurs reprises, se tenir à genoux, tenir en équilibre, monter et descendre une rampe d'escaliers, évaluer la dextérité manuelle, etc. Durant chaque test, il est demandé au patient d'effectuer un effort maximal et de ne pas interrompre l'activité en cours en raison de la douleur.

L'évaluateur apprécie «objectivement» l'effort fourni. Il augmente progressivement les charges à manipuler, laisse le patient accomplir le test comme il l'entend et le conseille, le rassure lorsque la douleur apparaît et qu'il n'y a aucun danger à poursuivre, puis l'arrête dès que l'effort maximal sans danger est atteint ou que le risque de se blesser apparaît. La standardisation des tests garantit une bonne reproductibilité des résultats.

Un rapport complet est établi et contresigné par un médecin spécialiste

4. Un des 29 tests de l'ECPLT (le poids des sacs déposés dans la caisse n'est connu que de l'évaluateur).

en réadaptation. Ce rapport rend compte de la coopération du patient, de la cohérence de ses performances, de son comportement face à la douleur, et de sa gestuelle. Les principales aptitudes et inaptitudes fonctionnelles sont données. Dans le cas où le patient a un emploi, les aptitudes fonctionnelles mesurées sont comparées aux exigences physiques des principales tâches à accomplir au travail et quelques propositions d'adaptation simples du poste peuvent éventuellement être faites.

Il est évident qu'une appréciation des aptitudes physiques liées au travail est d'autant plus fiable que le patient y voit son intérêt, par conséquent participe activement à la démarche. Lorsqu'il est difficile d'établir les aptitudes physiques au travail sur la base des bilans médicaux et paramédicaux traditionnels, ainsi que des entretiens avec le patient et son employeur, une évaluation aux ateliers professionnels couplée parfois à une ECPLT a le mérite de préciser les aptitudes et inaptitudes fonctionnelles, ce qui peut être décisif pour l'aboutissement du processus de réadaptation, autrement dit pour la réintégration professionnelle de la personne accidentée.

Dr Gilles Rivier
Médecin-chef du Service
de réadaptation générale
Clinique romande
de réadaptation SuvaCare, Sion

CABINET DE GÉNÉRALISTE
OU
INTERNISTE À REMETTRE
(spécialiste en obésité)

Situation Rond-Point de Plainpalais, Genève.

Pour renseignements, s'adresser à:
espace blanc s.a.,
2525 Le Landeron,
M. J.-D. Oppliger,
tél. 032 751 56 15,
mail@espace-blanc.ch

Jeudi de la Vaudoise

25 septembre 2003
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

«La mort à vivre...»

Organisation:
Dr Lazare Benaroyo et Professeur Gérard Waeber

9 h-9 h 25	Thème de la mort et relation médecin-malade Professeur Patrice Guex
9 h 25-9 h 50	Reconnaissance des valeurs en jeu dans l'approche de la mort Professeur Eric Fuchs
9 h 50-10 h 15	Vision historique et anthropologique de la mort Professeur Vincent Barras
10 h 15-10 h 45	Pause
10 h 45-11 h 10	Approche palliative de la mort à domicile Dresse Claudia Mazzoccato
11 h 10-11 h 30	Fin de vie et mort en institution Drs Lazare Benaroyo et Christophe Büla
11 h 35-12 h	Du rôle du médecin légiste pour vivre le deuil Professeur Thomas Krompecher

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

Les lésions assimilées selon l'article 9.2 OLAA

Un problème médico-juridique évolutif

Historiquement, la LAA définit l'accident de manière précise. Il existe un certain nombre de lésions à caractère traumatique évident qui ne peuvent être prises en charge selon la définition de l'accident. Le législateur a donc prévu d'introduire une liste de lésions qui sont prises en charge et qui sont appelées «lésions assimilées».

Nous vous proposons ici une liste exhaustive de ces lésions.

- Fractures
- Déboîtements d'articulations
- Déchirures de ménisques
- Déchirures de muscles
- Elongations de muscles
- Déchirures de tendons
- Lésions de ligaments
- Lésions des tympans

Ces lésions doivent être prises en charge comme étant des lésions semblables à celles provoquées par un accident, sauf si elles sont causées par une maladie ou une affection dégénérative.

L'interprétation de cette liste de lésions et les conditions nécessaires à leur prise en charge ont évolué depuis l'introduction de la loi en 1984. En effet, il y a d'abord eu une période que l'on peut appeler «lésionnelle» ou «médicale», suivie d'une période dite de «lésion soudaine» qui correspondait à une approche médico-administrative.

Actuellement, nous sommes dans une période dite «incident» qui est purement administrative. La prise en charge de lésions assimilées est conditionnée par la présence d'un incident ou quasi-accident, qui est défini de la manière suivante: *Le quasi-accident doit avoir toutes les caractéristiques de l'accident sauf la cause extérieure extraordinaire.* Un arrêté du Tribunal fédéral a prévu que ces conditions étaient essentielles pour la prise en charge.

Cela signifie que des lésions qui étaient acceptées par l'assureur accident LAA jusqu'à présent peuvent être actuellement refusées, et que d'autres lésions, qui n'étaient pas prises en charge, peuvent être acceptées. Ce phénomène dépend principalement de critères administratifs sur lesquels le médecin n'a aucune influence.

Aussi, en cas d'absence d'accident, lorsqu'un médecin conseille son patient face à un diagnostic qui correspond à l'une des lésions qui sont mentionnées plus haut, il est important qu'il sache qu'il existe des conditions d'acceptation. Dans le doute, avant d'entreprendre un traitement important, il est donc préférable de demander la confirmation de l'acceptation du cas par l'assureur accident.

Dr Didier Gonseth
Chirurgie orthopédique FMH

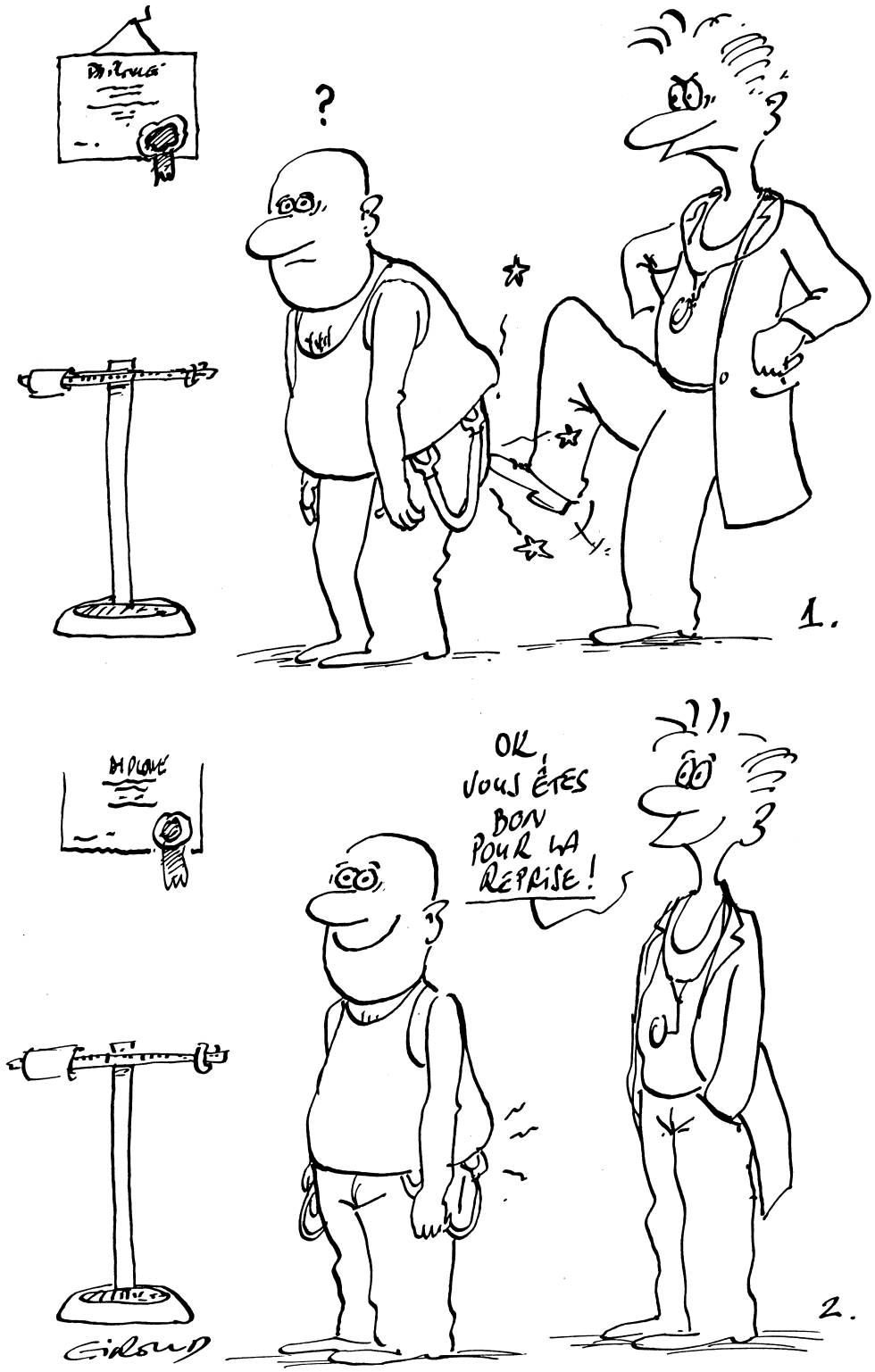
New Case Management

Sensible au chant des sirènes anglo-saxonnes, c'est sous l'appellation de «New Case Management» que la Suva présente sa nouvelle approche de la gestion des cas complexes. Cela n'est guère étonnant dans la mesure où, pour ce faire, elle s'est largement inspirée d'expériences faites au Canada, notamment par la société ICBC, Insurance Corporation of British Columbia, soutenue dans cette démarche par le Dr Henry Harder, psychologue et directeur d'une société de conseil en matière de gestion des handicaps.

Lors d'une approche médicale et juridique traditionnelle, l'individu sévèrement atteint dans sa santé est l'objet de la thérapie ou celui du conflit. Cela a pour effet d'occulter la problématique fondamentale qui veut que les problèmes existentiels se situent au premier plan chez les assurés gravement atteints.

Partant de là, la Suva a décidé de réorienter le management de ces cas en faisant de l'assuré un acteur essentiel et en engageant un processus d'assistance active dans les plus courts délais après l'accident. Elle confie ainsi la gestion du cas à un collaborateur spécialement formé à cet effet qui, gérant le dossier du début à la fin, gardera un contact étroit avec l'assuré. D'emblée, ce collaborateur, désigné «Case Manager», va, avec ledit assuré, entouré également des autres acteurs intéressés (employeur, médecin traitant, famille, médecin-conseil...) réunis en «Case Team», engager un processus d'assistance active et soutenir intensivement celui de réintégration dans le cycle du travail, en étroite collaboration, dans certains cas, avec l'AI.

Il tombe sous le sens que le médecin traitant occupe, dans cette optique, une position clé. Membre à part entière du Case Team, il se verra sollicité par le Case Manager pour des rapports médicaux ponctuels comportant des questions toujours plus ciblées, en fonction de la durée de l'incapacité (voir *CMV* 8/2002, p. 5) mais aussi, au besoin, pour un entretien à son cabinet. Un dialogue va donc s'instaurer entre ce spécialiste et le médecin, qui vise à offrir à ce dernier des renseignements précieux portant par exemple sur la description du poste de



travail du blessé, les possibilités éventuelles de réinsertion professionnelle et autres données pouvant compléter les données cliniques dans l'évaluation de la capacité de travail.

L'avenir... La méthode est porteuse d'espoir. Consciente de ses limites et de l'importante mutation qu'elle implique au niveau des mentalités, la Suva ne fait pourtant pas dans l'angélisme. Elle a d'ores et déjà mis en place une structure de formation, d'information et d'évaluation qui, à terme, montrera si son pronostic et ses objectifs étaient bons: offrir de meilleures solutions à ses assurés, tout en contribuant à une plus saine gestion des coûts.

Bernard Simon
Suva - Agence d'arrondissement de Lausanne
Conseiller d'entreprises

A propos de compérage

Le laboratoire est une source de revenus non négligeable pour le médecin généraliste. A la suite de la défection, il y a deux ans, de la maison Abbott, un certain nombre de médecins de premier recours se sont vu «offrir» un appareil type Reflotron.

Nous rappelons que de telles offres peuvent être assimilées à des ristournes. Dès lors, l'article 56 al. 3 et 4 de la LAMal doit être appliqué: «Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit: a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat; b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.» Dans un souci de transparence, la Commission de déontologie recommande aux médecins bénéficiant de telles offres de s'annoncer auprès de santésuisse.

Nous rappelons aussi que de telles offres doivent laisser le médecin libre de s'adresser au laboratoire de son choix pour la réalisation d'analyses qu'il ne peut faire au cabinet. Nous rappelons ici l'article 36 du code de déontologie de la FMH: «Le médecin ne promet et n'accepte pas de rémunération ni d'autre avantage pour se procurer des patients ou en adresser à d'autres confrères, ni pour se voir confier des actes diagnostiques ou thérapeutiques (analyse de laboratoire, etc.) ou donner de tels mandats à des tiers.» Afin d'éviter toute suspicion de compérage, le médecin devrait s'adresser à plusieurs laboratoires alternativement.

Ces mesures paraissent peu réalisables et contraignantes à la Commission de déontologie. De ce fait, la Commission de déontologie recommande de renoncer à de telles propositions et encourage le médecin à garder toute sa liberté.

Commission de déontologie

Actualité

Médecins et médecins assistants font recours au TF contre l'application de la clause du besoin dans le canton de Vaud

La Société vaudoise de médecine (SVM) et l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique - section Vaud (ASMAV) continuent leur combat contre la clause du besoin. Après leurs homologues zurichois, les deux associations vaudoises de médecins ont fait recours auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêté d'application du Conseil d'Etat vaudois de l'ordonnance du Conseil fédéral.

L'ASMAV et la SVM ont déposé le 24 mai un recours auprès du Tribunal fédéral (TF) contre l'application dans le canton de Vaud de l'ordonnance du Conseil fédéral dite de la clause du besoin. Introduit pour une durée initiale de trois ans en juillet 2002, ce moratoire touchant notamment les cabinets médicaux a fait l'objet d'un arrêté d'application du canton de Vaud le 27 mars. La volonté du Conseil d'Etat vaudois d'aggraver son application en y ajoutant des restrictions à la remise des cabinets a définitivement incité la SVM et l'ASMAV à s'opposer juridiquement à cette mesure. Au mois de mars, la section zurichoise de l'ASMAC avait aussi déposé un recours auprès du TF contre l'application de la clause du besoin dans son canton.

Au-delà d'une décision qui pourrait contraindre le Conseil d'Etat vaudois à revoir sa copie, les médecins comptent aussi sur les considérants du Tribunal fédéral qui pourraient, selon leur teneur, être utiles aux médecins qui se verraient refuser concrètement une ouverture de cabinet. A l'heure où la suppression de l'obligation de contracter est devenue une réalité, la SVM et l'ASMAV estiment pour le moins nécessaire un cadrage juridique des mesures de limitation de pratiquer appliquées aux médecins, de manière à garantir le respect de certains principes fondamentaux du droit suisse.

Il est aujourd'hui déjà démontré que la clause du besoin ne permettra pas de réduire les coûts de la santé, d'autant plus qu'elle a été élaborée sur des bases statistiques contestables. Par contre, elle touche les jeunes médecins – pourtant sensibilisés aux problèmes d'économicité – dont la formation fut longue et coûteuse, favorise une pénurie de médecins déjà constatée en Europe et générera une augmentation des listes d'attente en cabinet médical qui ne fera qu'accentuer l'engorgement des urgences. Pour la SVM et l'ASMAV, cette mesure risque donc au contraire de produire une nouvelle augmentation des coûts de la santé, avec de surcroît une péjoration de la qualité et de l'accessibilité des soins.

Communiqué de presse SVM-ASMAV du 12 juin 2003

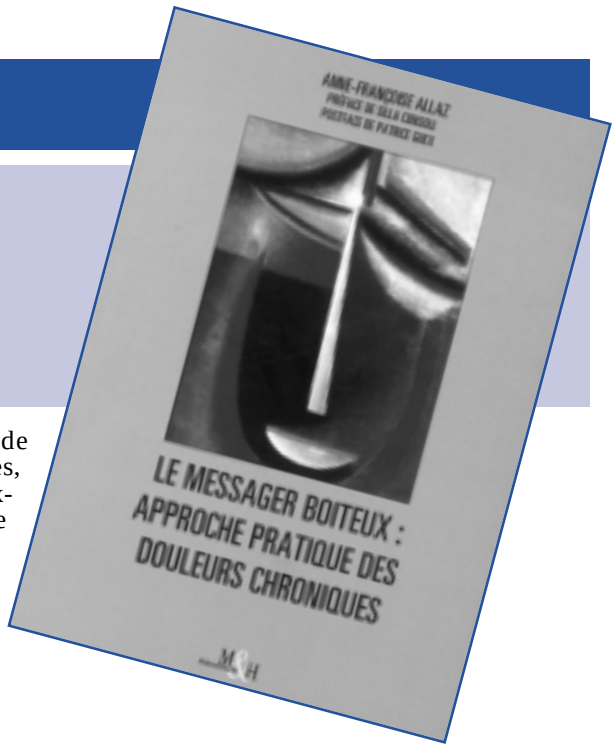
Informations

A lire

La Doctoresse Anne-Françoise Allaz publie aux éditions Médecine & Hygiène

«Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques».

Diffusion et distribution en Suisse: Servidis SA, Genève
Prix (informatif): 42 fr.
Autres informations à livres@medecinehygiene.ch



«Dans son remarquable ouvrage, clair, électrique, pondéré, généreux, Anne-Françoise Allaz nous guide, pas à pas, dans la prise de conscience des complexités et des paradoxes de la douleur chronique (...)». «(...) Elle nous donne, à travers cet ensemble de données scientifiques, d'outils théoriques, de réflexions subtiles et de recommandations pratiques, nourries du fruit de son expérience reconnue dans ce domaine, une formidable leçon de médecine, d'humanisme et de vie.» (Extrait de la préface par le

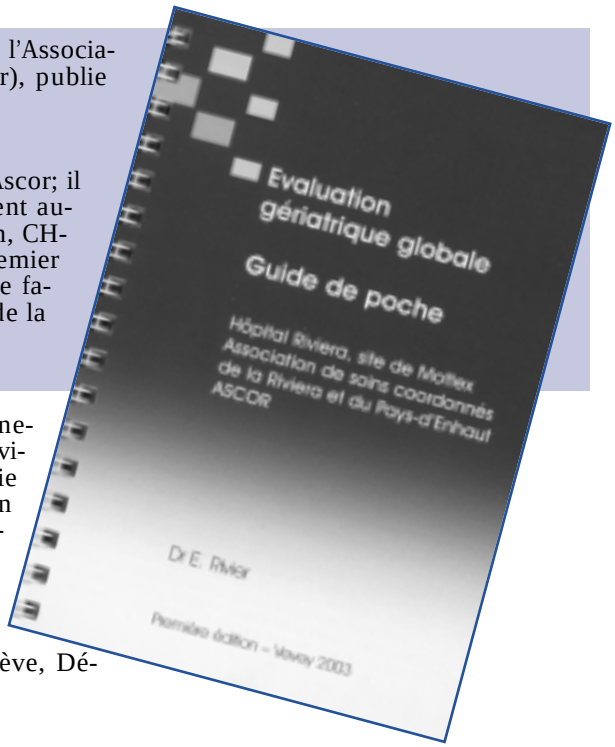
Prof. Silla M. Consoli, professeur de psychiatrie à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI), chef du Service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison de l'Hôpital Européen Georges-Pompidou de Paris, France.)

«Interniste et psychiatre, «gourou» (...) d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur où elle consulte depuis de nombreuses années (...) et médecin-chef d'une clinique de soins chroniques et réhabilitation, Anne-Françoise Allaz part du somatique, des faits objectifs, observe attentivement la cohorte des patients référés et construit à partir de cette clinique les multiples facettes indispensables à la compréhension de la problématique qu'elle développe.» (Extrait de la postface par le Prof. Patrice Guex, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Lausanne, directeur du Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne.)

Le Docteur Etienne Rivier, dans le cadre de l'Hôpital Riviera et de l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut (Ascor), publie un guide de poche:

«Evaluation gériatrique globale».

La diffusion de ce guide est assurée par l'Hôpital Riviera et par l'Ascor; il a été sponsorisé par Novartis et il peut être commandé gratuitement auprès de: Hôpital Riviera, site de Mottex, p.a. M^me^ Nathalie Zwahlen, CH-1807 Blonay, nathalie.zwahlen@hopital-riviera.ch. Il a pour but premier de favoriser une culture gériatrique en permettant au lecteur de se familiariser de façon pragmatique avec les grands axes de réflexion de la gériatrie moderne.
Autres informations à erivier@bluewin.ch


Evaluation gériatrique globale
Guide de poche
Hôpital Riviera, site de Mottex
Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut ASCOR
Dr E. Rivier
Première édition – Vevey 2003

«La publication par le D^r^ E. Rivier de ce petit opuscule de poche consacré à l'évaluation gériatrique globale est une rare opportunité de souligner une fois de plus la spécificité de la médecine de l'âge avancé. Le principe majeur de la gériatrie (la plus jeune des grandes disciplines médicales) est d'essayer d'appréhender l'adulte vieillissant, âgé ou très âgé, sous trois aspects que le parcours de vie rend indissociables: le fonctionnement du corps (...), les activités déployées dans la vie quotidienne et l'intégration de cette personne vieillissante, âgée ou très âgée, dans la société. (Extrait de la préface par le Prof. Jean-Pierre Michel, Hôpitaux universitaires de Genève, Département de gériatrie.)

A écrire

CMV N° 8 La médecine humanitaire

Vous êtes membres de la SVM, la médecine humanitaire vous concerne ou vous intéresse de près. Vous avez envie de vous exprimer sur le sujet et/ou vous avez des images à montrer. Le Comité de rédaction du CMV attend avec plaisir que vous vous manifestiez par le truchement de l'e-mail catherine.borgeaud@svmed.ch ou du téléphone 021 652 05 08. Nous pourrons ainsi préparer ensemble notre numéro de Noël. Le délai rédactionnel de ce numéro est fixé au 31 octobre 2003, mais toutes vos propositions sont les bienvenues dès aujourd'hui.

Pour surmonter le nouveau handicap des médecins indépendants

Avec TarMed, les médecins ne peuvent plus s'offrir le luxe d'ignorer la composante économique de leur activité. Suite au succès rencontré auprès des médecins de Genève, la formation CabinetBooster™ est maintenant proposée aux médecins vaudois pour les aider à mieux gérer leur cabinet.

TarMed impose aux médecins d'ajouter une nouvelle corde à leur arc: la dimension économique. Un cabinet médical correspond, qu'on le veuille ou non, à une PME (petite ou moyenne entreprise). Comme les médecins ne reçoivent pas une formation suffisante pour gérer leur PME, ils sont en fin de compte des «handicapés». Cela n'avait pas trop d'importance tant qu'on ne leur demandait pas de rendre des comptes et tant que les honoraires reçus permettaient d'absorber une bonne partie des «erreurs de gestion».

Malheureusement, avec TarMed, les règles du jeu ont changé. Les médecins doivent faire face à des attentes de plus en plus élevées en matière de gestion des coûts. Autrement dit, on attend des médecins qu'ils optimalisent la gestion de leur cabinet pour contenir les coûts de la santé. Plus facile à dire qu'à faire quand on n'a pas été formé à maîtriser les règles du jeu.

C'est pour préparer ses membres à relever ces multiples défis que la SVM envisage de leur proposer une formation spécifique pour optimaliser la gestion d'un cabinet médical: CabinetBooster™. Si ce programme compact et interactif est surtout destiné aux praticiens déjà installés de longue date, il s'adresse aussi à ceux qui vont ou viennent de s'établir à leur compte. Résolument orienté vers la pratique, il aborde la gestion des impayés, des revenus, des coûts, du personnel, de la planification de la retraite ou encore des aspects juridiques et financiers. Les intervenants sont des experts, ayant une grande expérience de la pratique, qui apportent des outils de gestion ainsi que des conseils. Une vraie opportunité de poser certaines questions qu'on n'a jamais osé poser, mais surtout d'apprendre ce qui permettra de préserver ses revenus et sa qualité de vie!

Cette formation n'est pas gratuite mais son prix reste modeste comparé aux économies qu'elle devrait permettre de réaliser. Son coût est même insignifiant lorsqu'on le compare à celui d'une erreur de gestion. Si la participation à CabinetBooster™ permet d'obtenir des unités pour la formation continue reconnue par la Société médicale et la Société vaudoise de médecine, c'est en fin de compte un investissement rentable. Le nombre de places est limité pour favoriser les échanges.

N.B.: en ce qui concerne notamment la reconnaissance des cours comme unités de formation continue, le Comité de la SVM est encore en pourparlers avec Management Booster à l'heure où l'article est mis sous presse. Pour toutes informations et/ou pré-inscriptions, info@svmed.ch ou 021 651 05 05 auprès de la SVM ou encore consultez le site www.cabinetbooster.com.

Raphaël Cohen
Management Booster, UniGe

Nouvelle unité PET au Service de médecine nucléaire du CHUV

Le Service de médecine nucléaire du CHUV bénéficie de l'installation d'un PET dédié (tomographe à positrons). «Actuellement nous n'avons qu'un seul traceur à disposition, l'analogue du glucose F-18-fluoro-désoxyglucose (FDG), nous informe la professeure Angelika Bischof Delaloye. Ce traceur s'accumule dans le cerveau et, à une moindre mesure, dans le myocarde puis dans toute lésion, néoplasique et inflammatoire, qui montre une augmentation de la glycolyse».

Interview de la professeure Angelika Bischof Delaloye

Courrier du médecin vaudois: Quelle est l'utilité première du PET?

ABD: Cette méthode est particulièrement utile dans le staging et/ou le contrôle de l'évolution d'un grand nombre de maladies tumorales, en particulier les cancers bronchiques, du sein, du côlon et du rectum, le mélanome et les lymphomes ainsi que les tumeurs germinales de l'homme. Précisons que ces indications ont été retenues pour la prise en charge au sens de l'Ordonnance de l'assurance obligatoire des soins (OPAS) et que les examens sont facturés selon TarMed.

CMV: Existe-t-il d'autres pathologies que l'on peut diagnostiquer grâce au PET?

ABD: Pour d'autres tumeurs, le PET s'est révélé un moyen diagnostique important, tels les cancers ORL, de l'œsophage et de l'estomac; les cancers dédifférenciés de la thyroïde, certains sarcomes. Mais ces indications ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance de base et l'accord préalable de l'assurance du patient est nécessaire avant l'examen. D'autres indications remboursées concernent la neurologie (épilepsie, démences) et la cardiologie (viabilité du myocarde).

CMV: En dehors de ces conditions de remboursement, d'autres conditions sont-elles à remplir?

ABD: Oui, d'abord, les patients doivent être à jeun depuis la veille au soir (minimum 8 heures). De plus, la dernière chimiothérapie doit avoir eu lieu au moins 2 semaines avant l'examen, et une radiothérapie éventuelle doit avoir été terminée au moins 6-8 semaines, préférablement 3 mois avant l'examen. Par ailleurs, toute atteinte inflammatoire ou infectieuse concomitante peut être sujette à une accumulation de FDG et doit être signalée pour éviter des résultats faussement positifs. Chez les patients diabétiques, l'accumulation tumorale de l'analogue du glucose peut être moindre. Cela n'empêche généralement pas de pratiquer des examens d'assez bonne qualité, mais la sensibilité de détection est légèrement diminuée. Enfin, certains patients claustrophobes nécessitent une prise en charge particulière comprenant l'administration de tranquillisants, voire très exceptionnellement l'intervention d'un anesthésiste. Une telle condition devrait être signalée lors de prise de rendez-vous.

CMV: Sur le plan du déroulement de l'examen, comment se passe une séance?

ABD: Les patients se présentent en Médecine nucléaire à jeun et sont pris en charge par l'équipe médicale et technique. Après mise en place d'une voie veineuse, ils sont mis au repos pour éviter une accumulation musculaire du FDG qui est injecté environ 30 minutes plus tard après contrôle de la glycémie. Entre l'injection et l'enregistrement, il y a environ une heure d'attente pour permettre l'accumulation du radiopharmaceutique dans les tissus cibles et l'élimination rénale du reste, élimination qui est favorisée par un apport hydrique (le patient est invité à boire un litre d'eau, sauf en cas

de contre-indication médicale à une surcharge hydrique). L'examen englobe généralement le corps entier à l'exception des membres inférieurs, ces derniers étant inclus s'ils sont le siège de la tumeur connue ou suspectée (mélanomes, sarcomes), et dure environ une demi-heure.

CMV: Et pour conclure, existe-t-il d'autres unités PET en Suisse?

ABD: Oui, les hôpitaux de Zurich, Saint-Gall, Bâle, Berne et Genève en possèdent également une. Renseignements techniques et rendez-vous: Unité PET du CHUV, BH07.

Conditions à remplir pour la prise en charge des prestations au sens de l'Ordonnance de l'assurance obligatoire des soins (OPAS) de la tomographie par émission de positrons (TEP)

En cours d'évaluation, décision valable du 01.01.2001 jusqu'au 31.12.2005

1. Réalisation dans des centres qui remplissent les exigences de qualité selon les directives de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) au 1er juin 2000.
2. Pour les indications suivantes:

a. En cardiologie:
- en cas de suspicion de «hibernating myocardium» après infarctus documenté par scintigraphie, échographie ou coronographie, pour confirmer ou exclure une ischémie avant une intervention (PTCA/CABG) pour maladie coronarienne documentée des trois vaisseaux, par exemple après pontage d'anatomie complexe des coronaires,
- comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque.

b. En oncologie:
- lymphome malin: staging, diagnostic de tumeurs résiduelles et de récidives,
- staging des carcinomes pulmonaires non à petites cellules et du mélanome malin,
- tumeur des cellules germinales chez l'homme: staging; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie,
- cancer colorectal: restaging en cas de suspicion fondée (par exemple, ascension des marqueurs tumoraux) de récidive locale, de métastases ganglionnaires ou à distance; différenciation entre cicatrice et tumeur. Diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie,
- cancer du sein: staging ganglionnaire; diagnostic de métastases à distance chez les patientes à risque élevé.

c. En neurologie:
- évaluation préopératoire de tumeurs cérébrales,
- évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale,
- évaluation de démences chez les patients âgés de moins de 70 ans,
- épilepsie focale résistante à la thérapie.

3. Les examens doivent être pratiqués dans le cadre de l'étude suisse sur l'effet (outcome) de la TEP sur le coût et le bénéfice dans la prise en charge des patients.

Billet du Président

Le vrai revenu des médecins ne permet pas la pérennité des cabinets médicaux

Non, la situation des médecins suisses n'est pas «scandaleusement confortable». Non, les médecins ne se déchirent pas entre eux!

Les remous justifiés suscités par l'éditorial du *Bulletin des médecins suisses* du 21 mai 2003 (d'ailleurs démenti depuis lors) montrent quelles fables circulent à propos de la situation financière des médecins et l'introduction du TarMed.

Il faut répéter qu'on se trompe lourdement en croyant que «la situation d'ensemble du corps médical est extrêmement confortable» et peu éloignée de ceux dont «les revenus hors normes et les scandales périodiques font la une de la presse people» (Y. Guisan, *BMS* 2003 N° 21, p.1081). Cette affirmation est contredite par les données économiques tant de la FMH elle-même que d'autres sources statistiques.

Selon les statistiques de ces dernières années et les calculs préparatoires au TarMed, le chiffre d'affaires moyen des médecins suisses en 2001 dépasse à peine 250 000 francs par an (Vaud: 234 000 francs). Sachant que les frais d'exploitation du cabinet atteignent au minimum 50% du chiffre d'affaires, le revenu net des médecins suisses est du même ordre que le salaire d'un cadre moyen d'entreprise. De plus, ce revenu a diminué de plus de 25% en termes réels depuis 1971 sur l'ensemble de la Suisse (*BMS* 2001 N° 28, p. 915), et de 9,79% dans le canton de Vaud de 1997 à 2001 (données du SCRIS VD). En regard des responsabilités vitales, de la longue formation, du risque économique et des horaires irréguliers assumés, ces revenus ne sont pas «extrêmement confortables» ni même corrects. Ils sont carrément insuffisants à long terme et ne permettent clairement pas le renouvellement des PME que sont les cabinets médicaux.

Les jeunes générations ne s'y trompent pas puisque le nombre d'étudiants en médecine diminue chaque année tandis que d'autres voies plus prometteuses (sciences économiques et sociales notamment) attirent toujours plus de jeunes.

Il est également faux de dire que les responsables des sociétés cantonales sont «surtout confrontés à des débats internes difficiles» et autres «contestations explosives». Au niveau cantonal, nous constatons principalement que l'introduction du TarMed, la clause du besoin et d'autres mesures politico-administratives en cours déstabilisent complètement la majorité de nos membres. La complexité quasi compulsive du TarMed, la brutalité de la clause du besoin et le chaos induit par la LAMal sont incompréhensibles pour la majorité.

Dans ce cadre, le rôle des présidents et comités cantonaux n'est pas de calmer la contestation, mais d'aider les médecins à s'adapter à un environnement hostile, tout en continuant à exercer leur noble profession. Quant au rôle du *BMS* et de la FMH, il est de les y aider par des publications de qualité et positives.

Dr Charles-Abram Favrod-Coune, président de la SVM

Prévention

Prévention des chutes chez les seniors Les Ateliers Equilibre de Pro Senectute: une offre à saisir!

Il devient presque banal de rappeler qu'au cours d'une année, environ un tiers des personnes de 65 ans et plus qui vivent à domicile chutent, à plusieurs reprises pour la moitié d'entres elles.

L'abondante littérature concernant la prévention des chutes a aussi contribué à nous faire mieux connaître les interventions préventives possibles (revue des médicaments, adaptation de l'environnement, programme d'exercices physiques, etc.). Les évidences concernant l'efficacité de ces interventions s'accumulent, mais il est difficile de les transposer dans le monde réel où nous pratiquons. Ainsi, l'exercice physique est la composante de ces programmes préventifs pour laquelle il existe les plus solides évidences de bénéfices. Récemment, une revue systématique évaluant les bénéfices des interventions de prévention des chutes a démontré une réduction de près d'un quart du nombre de chutes chez les personnes ayant suivi un programme d'entraînement physique (http://cms.hhs.gov/healthyaging/FallsPI.asp). Il est cependant difficile de connaître les prestations disponibles, et les programmes d'exercices ou de gymnastique offerts aux aînés s'adressent souvent à des personnes déjà bien entraînées. Pour les seniors plus fragiles qui souhaitent réduire leur risque de chuter, Pro Senectute propose justement un programme adapté d'entraînement de l'équilibre appelé Ateliers Equilibre.

Depuis plusieurs années, Pro Senectute a organisé dans quelques régions pilotes des Ateliers Equilibre, sur la base d'un modèle développé par une équipe de gériatres de Dijon. Ce programme a pour objectif de réduire le risque de chutes et d'améliorer la mobilité des participants. Il est destiné en priorité aux seniors qui constatent une diminution de leurs capacités physiques et de leur performance d'équilibre, et qui souhaitent enrayer le phénomène. Ceux ayant récemment chuté, ou qui éprouvent des difficultés à se lever d'une chaise sans l'aide des mains, à se tenir sur un pied plus de 10 secondes ou à marcher dix pas les yeux fermés sont donc particulièrement concernés. Ce programme ne s'adresse par contre pas, a priori, à des personnes déjà bien entraînées, et de fait la plupart des participants à ces ateliers n'ont plus d'activité physique régulière au moment où ils décident de s'inscrire.

Le programme se déroule sur 10 semaines, à raison d'une heure par semaine au cours de laquelle les exercices permettent d'entraîner la force, la souplesse et l'équilibre. La taille du groupe (12 personnes au maximum) et l'encadrement par deux monitrices spécifiquement formées permettent dans une large mesure d'adapter l'intensité des exercices en fonction des performances individuelles. Une évaluation avant et après le programme permet à chaque participant de se rendre compte de ses progrès. Des fiches sont aussi distribuées qui permettent aux plus motivés d'effectuer

quelques exercices adaptés à domicile dans le cadre de leur activité habituelle. Finalement, outre les bénéfices escomptés sur le plan de l'équilibre, ce programme peut certainement aussi jouer un rôle social en favorisant les contacts entre les participants.

Outre la Division de gériatrie du CHUV, plusieurs partenaires sont associés à ces ateliers, dont l'OMSV qui les a incorporés dans son programme de prévention des chutes et de la malnutrition. Après une période de démarrage où les ateliers se sont déroulés dans quelques régions pilotes privilégiées, l'offre sera progressivement ouverte à l'ensemble du canton. Des Ateliers Equilibre sont prévus ou ont déjà démarré à Nyon, Lausanne, Aigle, Montreux, La Tour-de-Peilz, Bière, Sainte-Croix, Yverdon, Renens et Le Mont.

Il s'agit donc d'une opportunité à saisir pour les médecins vaudois et les nombreux participants potentiels de leur consultation. Comme toujours en matière de prévention, le rôle des médecins de premier recours est capital pour motiver les indécis.

Dr Ch. Büla, médecin-chef
Division de gériatrie
et réadaptation gériatrique, CHUV
Pour plus d'informations sur les dates et lieux des prochains cours dans votre région, contactez Pro Senectute Vaud au 021 646 17 21.

Centre de confiance

Du nouveau sur le module de facturation de la SVM

Quatre séances de deux heures auront permis à quelque 800 membres de la SVM de faire connaissance avec le jeune module de facturation lié au «Centre de confiance» que DBCOM est en train de mettre au point. Il sera opérationnel pour commencer les tests de facturation LAA entre le 10 et le 15 juillet.

Le centre des congrès de La Longeraie à Morges a accueilli entre les 12 et 23 juin derniers plusieurs centaines de médecins, souvent accompagnés de leurs assistantes, désireux de se faire une première idée du module de facturation lié au Centre de confiance (CdC) de la SVM. C'est Jean-Claude Mouly, de la société DBCOM en charge de la réalisation du module, qui a présenté cette première version au public. Rappelons que ce module de facturation CdC est mis gratuitement (c'est le CdC que vous payez...) à la disposition de tous les médecins ne possédant pas de logiciel de facturation. Tout comme les banques et leur système d'e-banking ou les sociétés de vente par correspondance via Internet, ce module permettra à tout médecin possédant une connexion Internet de faire sa facturation en ligne, en se connectant au site de la SVM. Dans un premier temps, durant la phase de tests, le nom d'utilisateur et le mot de passe seront les mêmes que ceux que chaque membre possède déjà pour accéder à www.svmed.ch.

Salle comble à La Longeraie à Morges.

Ecoute attentive...

... de la présentation de M. Jean-Claude Mouly, de DBCOM.

Soulignons que le TarMed étant entré en vigueur le 1er mai dernier pour toute la facturation LAA/AI/AM, le module qui sera soumis aux essais des utilisateurs entre les 10 et 15 juillet 2003 ne concernera que cette facturation-là. Puis, dès le début du troisième trimestre, les essais débuteront pour toute la facturation LAMal.

Dès la fin du mois de juin, le module sera également soumis aux essais de plusieurs médecins-testeurs dont les commentaires seront pris en compte pour procéder aux dernières modifications et améliorations nécessaires. Notons également que le programme permettant d'élaborer le module laisse en tout temps la flexibilité nécessaire aux changements inhérents à la phase d'application d'un produit en développement.

Enfin, et sans entrer dans les détails qui constituent les différentes rubriques du module de facturation, rappelons tout de même deux points importants, qui reflètent bien les questions récurrentes posées lors des rencontres de juin. Premièrement, bien que la facturation se fasse en ligne, la confidentialité des données concernant les patients est assurée et reste propriété du médecin. A aucun moment, le nom du patient ne sera accessible au CdC à la SVM. Deuxièmement, le transfert des données est sécurisé de la même manière que celui des opérations bancaires lors de paiements en ligne, et le système de sécurisation est parfaitement fiable.

Pour toutes vos questions, trois moyens de nous joindre:
Forum sur notre site:
www.svmed.ch.
Fax: 021 651 05 00
E-mail: cdc@svmed.ch.

Texte et photos: Catherine Borgeaud

Mme Sandrine Oliveira et le Dr Charles-A. Steinhäuslin.

La SVM vous souhaite un bel

Photo: Fariba De Francesco

Calendrier médical vaudois

Période du 28 juillet au 12 septembre 2003

VENDREDI 29 AOÛT 2003

12 h 15-13 h 50: Croisière croq' midi psy – Dr D. Zullino: «Génériques des antidépresseurs: oui ou non?» – Lausanne, Ouchy, au débarcadère CGN – Renseignements et inscriptions: M. J.-J. Marmier, tél. 079 321 15 31.

JEUDI 11 SEPTEMBRE 2003

13 h 30-18 h: 2e après-midi de réflexion et de formation de psychiatrie (Est vaudois) – Drs R. Bourgeois et N. de Coulon: «Psychiatrie publique, privée et soins de premier recours. Dialogue, interface et mode d'emploi 2e édition: situations aigües en ambulatoire» – Renseignements et inscriptions: Fondation de Nant, secrétariat du Dr N. de Coulon, fax 021 925 27 26.

N.B.: Pour toute information supplémentaire concernant l'agenda, vous pouvez consulter notre site dans sa partie membres www.svmed.ch/agenda.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 15 septembre et le 25 octobre 2003: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 28 juillet 2003.

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Chirurgie esthétique
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1001 Lausanne – Avenue de la Gare 9 – Téléphone 021 321 03 00 – Fax 021 321 03 01